

内科問診票

medical questionnaire

受診日：____年____月____日

ふりがな () 氏名	性別	職業
	男・女	身長 cm 体重 kg
生年月日 明・大 昭・平 年 月 日生	年齢 歳	携帯電話
住所 千	電話番号 (自宅)	

マイナンバーカードの健康保険証利用による情報取得に同意しますか？ はい いいえ

当院は診療情報を取得・活用することにより質の高い医療の提供に努めています。正確な情報を取得・活用するため、マイナ保険証の利用にご協力をお願いいたします。

下記の質問にお答えください

① 紹介状は？ (なし ・ あり：医療機関名 _____)

② 何が一番お困りですか？

- ・いつから _____
- ・どんな症状 _____
- ・痛みはありますか？ (なし ・ あり) ありの場合：どこに？ _____

③ 今までに病気、手術、外傷あるいは入院などの経験はありますか？

(なし ・ あり) ありの場合： _____

④ 近親者 (血のつながった方) に次の病気がありますか？

- (はい ・ いいえ) はいの場合：がん 脳出血 脳こうそく 心筋こうそく
狭心症 糖尿病 高血圧 高脂血症
肝炎 腎臓病 結核
その他 _____

⑤ 食物や薬品のアレルギーはありますか？

(なし ・ あり) ありの場合：食品名、薬品名 _____

⑥ 現在飲んでいる薬があれば、お書きください。

⑦ 当てはまるところを選んでください。

- 便通 快便 下痢 便秘 (_____ 日に _____ 回)
たばこ 吸わない 吸う (1 日に _____ 本、約 _____ 年間)
お酒 飲まない 飲む (種類： _____)
お酒の量 一回 _____ 杯 毎日 週に 1 ~ 3 回 月に 1 ~ 3 回

⑧ 女性の方へ。 妊娠している可能性は？ (なし ・ あり)

・最終月経は？ (_____ 月 _____ 日) 閉経している

ありがとうございました。 伊藤クリニック スマイルクリニック サニークリニック